

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

André RIVOALLAN

Né le 14 octobre 1909, à Lanloup (Côtes-du-Nord).

Contribution à l'étude et au traitement
des
Péritonites généralisées
d'origine appendiculaire

Président : M. GRÉGOIRE, Professeur.

PARIS

JOUVE & C^{ie}, EDITEURS

15, Rue Racine, 15

1936

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

André RIVOALLAN

Né le 14 octobre 1909, à Lanloup (Côtes-du-Nord).

Contribution à l'étude et au traitement
des
Péritonites généralisées
d'origine appendiculaire

Président : M. GRÉGOIRE, Professeur.

PARIS

JOUVE & C^{ie}, EDITEURS

15, Rue Racine, 15

1936

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM. ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	GALLIARD Parasitologie.
BERNARD (Étienne) Pathologie médicale.	GASTINEL Bactériologie.
BEZANÇON (Justin) Hydrologie.	DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
BOULIN Pathologie médicale.	GAYET Physiologie.
BULLIARD Histologie.	GIROUD Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.	HAGUENAU .. Pathologie médicale.
CHEVALLIER . Pathologie médicale.	HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
DOGNON Physique.	HAZARD Pharmacologie.
FEY Urologie.	HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
	JOANNON ... Hygiène.

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.	MM.
LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.	PETIT-DUTAILLIS .. Pathologie chirurgicale.
LACOMME Obstétrique.	PIÉDELIEVRE . Médecine légale.
LANTUEJOUL . Obstétrique.	PORTES Obstétrique.
LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.	RICHET Physiologie.
LEMAIRE Pathologie expérimentale.	SANNIÉ Chimie biologique.
LEVEUF Pathologie chirurgicale.	SENÈQUE Pathologie chirurgicale.
M ^{lle} J. LEVY . Pharmacologie.	TROISIER Pathologie expérimentale.
LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.	TURPIN Pathologie médicale.
MOREAU Pathologie médicale.	VIGNES Obstétrique.
MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.	WILMOTH Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN Pathologie médicale.	
OBERLING ... Anatomie pathologique.	

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	MM.
ALGLAVE Pathologie chirurgicale.	LEROUX Anatomie pathologique.
BUSQUET Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
CHAILLEY-BERT Physiologie.	

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.	MM.
ABRAMI.	BASSET.
ALAJOUANINE.	BROCO.
AUBERTIN.	CADENAT.
BRULÉ.	GATELLIER.
CHABROL.	HEITZ-BOYER.
CHIRAY.	MOURE.
DONZELOT.	QUENU.
DUVOIR.	SCHWARTZ.
HARVIER.	VELTER.
LIAN.	
PASTEUR-VAL-	
LERY-RADOT.	
SEZARY.	

} Clinique chirurgicale

MM.	
ECALLE.	
GUENIOT.	
LE LORIER.	
LEVY-SOLAL.	
METZGER.	

} Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.
RUPPE	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elles n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES PARENTS

En témoignage de ma profonde affection. Qu'ils me permettent de leur dédier cet humble travail.

A LA MEMOIRE DE MADAME LE BARBU

Puisse le souvenir vivant de sa grande bonté nous guider toujours dans notre avenir.

A MONSIEUR LE BARBU

A MADEMOISELLE P. LE CLOAREC

Que j'unis dans une même affection.

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GREGOIRE

Professeur de Clinique chirurgicale.

Chirurgien des Hôpitaux.

*Qui nous fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse. En hom-
mage de notre profonde reconnais-
sance.*

A MES MAITRES
DE L'ECOLE DE MEDECINE DE NANTES

A MES MAITRES
DE L'HOPITAL DE SAINT-NAZAIRE

MONSIEUR LE DOCTEUR JAGOT

Chirurgien de l'Hôpital.

*Dont nous avons admiré la rapidité,
la sûreté et l'élégance opératoires.*

*En témoignage de notre admiration
et notre gratitude.*

MONSIEUR LE DOCTEUR POUSSIÉ

Chirurgien de l'Hôpital.

*Avec l'assurance de notre recon-
naissance et notre profonde sympa-
thie.*

MONSIEUR LE DOCTEUR DUBOIS

Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux de Paris.

Chirurgien de l'Hôpital.

Hommages respectueux.

MONSIEUR LE DOCTEUR VERDIER

Accoucheur de l'Hôpital.

A MONSIEUR L'ECONOME
A MESSIEURS LES ADMINISTRATEURS
DE L'HOPITAL

*Dont nous avons pu apprécier la
haute compétence hospitalière.*

A MES MAITRES
DE L'HOPITAL DE LA CROIX-ROUGE

MONSIEUR LE DOCTEUR BANZET
Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux de Paris.

Respectueuse reconnaissance et profonde sympathie.

MONSIEUR LE DOCTEUR MICHON
Chirurgien honoraire des Hôpitaux.

Qui a bien voulu nous réserver une intéressante observation. Avec l'assurance de notre sympathie et de nos vifs remerciements.

PREFACE

Au terme de nos études médicales, que va sanctionner cette dernière épreuve, il nous est un devoir de remercier ici tous ceux qui par leur exemple et leur enseignement contribuèrent à nous faire atteindre le but vers lequel nous tendions.

A Messieurs les Professeurs de l'Ecole de Médecine de Nantes; à Messieurs les Médecins et Chirurgiens de l'Hôpital de Saint-Nazaire. Aux Docteurs BANZET et MICHON, Chirurgiens de l'Hôpital de la Croix-Rouge, nous exprimons nos remerciements sincères pour le bienveillant accueil que nous reçûmes auprès d'eux et l'intérêt qu'ils n'ont jamais cessé de nous porter.

Que Messieurs les Professeurs de la Faculté de Médecine de Paris, Messieurs les Médecins et Chirurgiens des Hôpitaux reçoivent ici l'assurance de notre profonde reconnaissance. Nous avons suivi, trop peu hélas, avec enthousiasme et assiduité leurs cours et leurs cliniques et nous ne regrettons qu'une chose c'est de ne pouvoir profiter longtemps encore de leurs captivantes leçons.

AVANT-PROPOS

Au cours de notre internat à l'Hôpital de Saint-Nazaire, nous avons eu l'occasion de voir dans les services du D^r JAGOT plusieurs malades atteints de péritonites généralisées appendiculaires, particulièrement graves qui furent opérés et guérèrent.

Le D^r JAGOT voulut bien attirer notre attention sur ces cas et nous suggérer l'idée d'en faire le sujet de notre thèse. Il eut l'amabilité de nous remettre quelques observations personnelles prises dans sa clientèle et nous l'en remercions bien sincèrement.

Nous allons donc esquisser de la péritonite généralisée appendiculaire une rapide étude clinique. Nous passerons en revue les différents traitements et celui que nous avons adopté.

Notre technique opératoire a toujours été rigoureusement la même : elle diffère par quelques points des procédés actuellement en faveur, préconisés dans les congrès chirurgicaux. Loin de déprécier ces modes opératoires ce qui est peu de notre compétence, nous nous contenterons d'exposer celui qui fût adopté devant nous et qui donna de très bons résultats que nous pûmes suivre de près. Nous joindrons à l'appui de notre travail les observations que nous avons recueillies.

HISTORIQUE

« L'appendice cæcal est l'origine de toutes les inflammations ou de la très grande majorité des infections péri-cæcales » (GUINARD).

L'historique de la péritonite appendiculaire est, en somme, l'historique de l'appendicite.

Le premier auteur ayant étudié l'appendicite au cours d'autopsies et décrit des lésions, est un Médecin français, MÉLIER, en 1827; il rédigea un mémoire remarquable qui malheureusement resta dans l'ombre.

En 1838, DUPUYTREN, GRISOLLE et son école en France, ALERT, en Allemagne, publiaient des travaux sur la typhlite et la pérityphlite.

En 1874, BIERMER écrivait déjà « La pérityphlite est toujours la suite d'une perforation appendiculaire causée par une concrétion stercorale ».

Enfin en 1882, TALAMON reprit cette étude et montra que les deux affections précitées, les seules connues à l'époque, reconnaissaient comme cause fréquente une lésion de l'appendicite.

Dès 1886, la chirurgie s'empara de la question avec TITZ en Amérique, TRÈVES en Angleterre, RECLUS en France.

MAC BURNEY donna à l'affection son nom actuel;

les travaux depuis se multiplièrent. Les longues discussions de l'Académie de Médecine, de la Société de Chirurgie, de la Société Médicale des Hôpitaux, de 1895 à 1897, sont restées célèbres. Nous ne pouvons en séparer la grande figure médicale de DIEULAFOY. L'époque contemporaine nous a valu des descriptions approfondies de l'appendicite et de ses complications; nous citerons, pour mémoire, les noms de KELLY, SONNENBURG, QUÉNU, HARTMANN, GOSSET, TUFFIER; les études de JALAGUIER, GUINARD, DELBET, FAURE, VIGNARD; celles toutes récentes de TÉMOIN, de BOURGES, avec ses admirables statistiques; de CADENAT, LECÈNE... et nous en oublions beaucoup.

Nous mentionnerons aussi les intéressantes controverses des derniers Congrès de chirurgie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Sous l'influence d'une infection quelconque, les follicules appendiculaires sont immédiatement intéressés.

Un abcès se forme sous la muqueuse, conséquence de la nécrose folliculaire et de la thrombose des vaisseaux; cette oblitération vasculaire est le résultat de la diapédèse intense provoquée par l'apparition de l'agent infectieux.

La plupart du temps, l'abcès s'ouvre dans la lumière de l'appendice, parfois aussi, il peut perforer la muqueuse, ulcérer les muscles de la tunique, attaquer à son tour la séreuse et se déverser dans le péritoine. Telle est l'origine de la péritonite appendiculaire.

Souvent, des adhérences s'organisent rapidement, circonscrivant l'abcès qui s'enkyste et peut même se résorber spontanément. C'est là une question de terrain, de virulence, de nombre de germes, de voies d'entrée sur laquelle nous reviendrons à propos de la bactériologie de l'affection.

Dans le cas qui nous occupe, les adhérences ne se sont pas constituées assez tôt ou se sont insuffisamment formées; voyons les lésions que présentera le péritoine à la suite de cette inondation septique.

Nous remarquerons au début l'aspect dépoli de la séreuse dont l'épithélium a disparu, et sa vascularisation intense; quelques membranes floconneuses, véritables toiles d'araignées, flottent dans la cavité, adhérant çà et là aux anses intestinales, c'est le premier stade de l'infection.

Peu à peu, par l'action du travail leucocytaire, une sérosité, d'abord légère, puis de plus en plus importante, suinte, qui deviendra tout à l'heure une vaste collection purulente.

Devançant les barrières protectrices qui n'ont pas le temps de s'interposer, l'infection augmente, progresse et tend à envahir toute la cavité péritonéale.

Suivant la nature de l'agent microbien, le pus peut être crémeux, bien lié, grumeleux, bouillon sale; la forme est aiguë, subaiguë, hypertoxyque; une péritonite diffuse s'est constituée. Son étendue ne présente au point de vue anatomo-pathologique, aucune limite précise.

BACTERIOLOGIE

L'infection appendiculaire péritonéale est, la plupart du temps, multimicrobienne.

Dans ce chaos de bactéries, de bacilles, il est bien difficile de connaître parfois celui qui a joué le rôle pathogène le plus important.

Ces micro-organismes sont, d'ailleurs, les hôtes normaux de l'appendice et des régions intestinales voisines. Sous une influence inflammatoire quelconque, ils deviennent virulents; la phagocytose peut, rarement il est vrai, arrêter ce processus infectieux, ce qui a fait dire à un auteur connu : « L'appendice normal n'est jamais stérile. L'appendice malade l'est quelquefois ».

Le coli-bacille semble avoir une importance de tout premier plan; il est rare de ne pas le trouver dans le pus de la séreuse quel que soit son aspect bien ou mal lié.

Le pyocyanique du pus bleu, le staphylocoque qui pullule partout, le streptocoque aux bouillons sales des formes hypertoxiques, le pneumocoque, sont fréquemment reconnus.

Le bacille de Loeffler doit être recherché chez l'enfant qui vient de faire une angine diphtérique : mentionnons aussi le bacille de Koch, le vibrion septique.

En plus de ces pyogènes, agents d'infections d'ailleurs diverses, les anaérobies, facultatifs ou non, ont une action primordiale dans les suppurations du péritoine.

Ils y sont très nombreux par rapport aux aérobies : on a même cité des cas où ils existaient seuls.

LANZ et TEVEL leur attribuent la fétidité du pus et, peut-être, les symptômes alarmants d'intoxication aiguë.

Nous citerons le *proteus vulgaris*, long, flexueux, mobile, liquéfiant très vite la gélatine; le *bacillus perforans* dont la ressemblance avec la bactérie charbonneuse est frappante; les sporogènes, l'histolitique, l'œdématis.

PATHOGENIE

Elle découle naturellement de la pathogénie de l'appendicite aiguë. Trois théories sont en présence :

Pour TALAMON, que nous reproduisons textuellement : « L'appendicite a son origine dans une oblitération calculeuse; la conséquence en est la compression des parois de l'appendice et la gêne circulatoire des vaisseaux contenus dans ces parois ».

Pour DIEULAFOY : « Toute appendicite est produite par l'oblitération du canal appendiculaire en un point et la transformation de l'extrémité aveugle en cavité close. Cette oblitération peut tenir à un calcul progressivement envahissant, à une tuméfaction des parois résultant d'une infection locale, à un processus fibroïde.

Enfin, la théorie moderne de JALAGUIER démontre que l'obstruction se crée lorsque la muqueuse est enflammée, que le rôle des boulettes stercorales est accessoire et que l'appendice s'infecte soit par voie sanguine, soit par voie intestinale.

On oppose à la théorie de TALAMON que les concrétions stercorales ne sont pas constantes, et que, loin d'être des éléments migrants, elles se forment souvent sur place; bien plus, elles existent couramment dans les appendices normaux.

A la théorie de la cavité close, on objecte qu'il existe *de nombreux* cas d'appendicite où l'appendice reste perméable.

Toutefois, ces théories ne sauraient être rejetées, mais elles ne jouent qu'un rôle secondaire dans l'explication du processus infectieux.

L'appendice s'infecte, soit par voie sanguine, soit par voie intestinale, soit par continuité des tissus.

L'appendicite est, ou primitive, ou consécutive à une maladie générale.

Roux a très justement comparé l'appendice à l'amygdale; l'infection, même la plus légère, peut réagir sur lui comme sur tout le tissu lymphoïde. Or le tissu lymphoïde appendiculaire est abondant. Rien d'étonnant à ce que les germes infectieux aient pour lui une affinité spéciale.

De plus, sa disposition anatomique, sa conformation, véritable diverticule intestinal, favorisent la stagnation fécaloïde et microbienne, les bacilles y exaltent mutuellement leur virulence.

Pour peu qu'ils pénètrent dans la muqueuse qu'ils altèrent, le premier stade de l'affection est constitué : folliculite, abcès sous-muqueux, inondation péritonéale. Nous avons décrit ces lésions dans un bref exposé d'anatomie pathologique, nous n'y reviendrons pas.

ETIOLOGIE

Les questions d'âge, de sexe, de race, d'hérédité, de régime, intéressent surtout l'appendicite.

Mais un état général mauvais, débilité par une maladie antérieure ou concomittante, un fonctionnement défectueux de l'appareil digestif, peuvent influer sur l'évolution péritonéale d'une lésion primitivement localisée à l'appendice.

Il est un fait d'observation courante que l'entérocolite muco-membraneuse et l'appendicite coexistent fréquemment.

La ptose intestinale, que détermine cette entérite chronique, l'affaiblissement de la muqueuse et des tuniques musculaires, tout en constituant une porte d'entrée microbienne facile, suffiraient à expliquer la complication appendiculaire grave.

Nous pourrions encore mentionner l'irritation de la muqueuse provoquée par des concrétions calcaires abondantes que l'on signale parfois dans certaines formes d'entérite.

Egalement, les infections annexielles ne sont pas étrangères à l'appendicite, ainsi qu'en témoigne l'expression imagée de SEGOND.

Bref, toute cause de déchéance organique, mettant obstacle à la réaction de défense, à sa place logique

dans l'apparition de la complication morbide aiguë que nous étudions.

Nous n'oublierons pas de relater l'importance des dispositions anatomiques, la longueur de l'appendice, sa situation, la fréquence de l'appendicite chez l'enfant, attribuable à l'état de sa valvule iléo-caecale.

Nous citerons le travail de VIGNARD et CAVAILLON sur les formes postérieures de l'appendicite et leurs complications péritonéales tant enkystées que généralisées.

Enfin, en dernier lieu, le nombre et la nature des agents pathogènes, leur degré plus ou moins grand de virulence, sont un des éléments capitaux dans l'évolution de l'infection.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous distinguons trois degrés :

A. — Forme hypertoxique suraiguë;

B. — Forme aiguë;

C. — Forme subaiguë latente.

Dès maintenant, nous pouvons dire que la péritonite généralisée appendiculaire est caractérisée par des troubles généraux et locaux variables suivant la forme, modifications de la température et du pouls, douleurs vomissements, constipation ou diarrhée.

A. — Forme suraiguë.

Les signes locaux sont peu nets, les symptômes généraux sont tout. C'est une toxhémie foudroyante qui survient brusquement, succédant à une appendicite insidieuse (péritonite de JALAGUIER).

Le facies est typique, teint terreux, traits excavés, yeux caves, mornes, noyés; le malade est immobile, allongé sur le dos, dans un état d'abattement extrême, mais il conserve la plupart du temps l'intégrité de son intelligence.

Des vomissements fréquents, porracés, fécaloïdes, parfois hémorragiques, accompagnés d'éruclations douloureuses, surviennent par intervalles, une diar-

rhée fétide a remplacé la classique constipation. Bref, c'est le tableau du choc brutal de l'obstruction intestinale.

Le pouls ne cadre pas avec la température et c'est là un symptôme des plus alarmants; les pulsations sont rapides, molles, filantes, incomptables et, dans les dernières heures, imperceptibles. La température qui s'est élevée tout d'abord est revenue d'un bond au dessous de la normale.

La palpation du ventre est peu douloureuse, la défense de la paroi est faible.

Le DENTU et DELBET attachent une grosse importance à un signe qui, disent-ils, témoigne de la gravité de l'infection et précède de peu l'issue fatale : « c'est l'agitation, le subdélire succédant au calme, à la béatitude particulière aux malades atteints de péritonite ».

Les extrémités se cyanosent, se refroidissent; une dyspnée pénible apparaît, le pouls peut à peine être perçu et le malade succombe à cette septicémie terrible contre laquelle toute thérapeutique reste vaine.

La seule planche de salut était l'intervention rapide; large, immédiate.

Nous empruntons aux deux auteurs que nous venons de nommer un exemple saisissant : il s'agit d'un employé de l'Assistance publique, allant à Berck accompagner un convoi de convalescents. Il fut pris dans le train de violentes douleurs abdominales qu'une piqûre de morphine atténua. Examiné

dès son arrivée, on pensa à une colique néphrétique; le lendemain matin il mourait.

L'autopsie révéla une péritonite appendiculaire dont l'évolution avait été foudroyante.

B. — Forme aiguë.

C'est la plus commune, celle que l'on a vraiment baptisée de péritonite diffuse, généralisée, d'origine appendiculaire; c'est la péritonite purulente.

Elle diffère de la forme suraiguë par bien des points. Le premier, capital, c'est la prédominance des symptômes locaux.

Le début de l'affection est quelquefois marqué par un frisson plus ou moins vif; l'état général est toujours le même, teint plombé, facies péritonéal et souffreteux, mais son aspect est moins accentué que dans la toxhémie.

Par contre, la palpation de l'abdomen, très douloureuse révèle une défense intense de la paroi, une contracture musculaire invincible, le malade a le ventre de bois.

Les vomissements sont abondants, porracés, verdâtres, fécaloïdes même; la constipation opiniâtre est la règle.

Le pouls est toujours petit, rapide, fuyant, mais ici il cadre avec la température qui se maintient élevée.

L'état est très grave; le pronostic est cependant moins sombre à la condition que la décision soit la

même. Il faut évacuer, coûte que coûte, cette collection purulente, sous peine de voir se produire infailliblement la terminaison fatale.

C. — **Forme subaiguë.**

Nous ne l'avons jamais vue et nous en rapportons pour sa description aux auteurs qui l'ont étudiée.

Le malade qui en est porteur ne s'en doute pas et peut vaquer encore à ses occupations jusqu'à ce qu'une poussée virulente survienne.

La symptomatologie est fruste, et le diagnostic, évidemment, s'en ressent; on pense à tout sauf à la péritonite.

L'état général est médiocre; le malade accuse une impression de gêne, de lourdeur au ventre. Il vomit parfois ou, plus exactement, il régurgite; la constipation alterne avec la diarrhée.

La palpation abdominale, sans défense appréciable de la paroi, révèle la présence de liquide; ce liquide est mobile ainsi que le montre la percussion des flancs dans le décubitus latéral, une vague sensation d'empâtements est quelquefois perçus dans la fosse iliaque droite. Le foie est souvent augmenté de volume. Pas ou peu de température.

En présence de ces signes physiques et fonctionnels, on croit avoir affaire à un début de cirrhose, à une tuberculose péritonéale ascitique, et, si l'on n'est pas averti, on oublie de soupçonner l'origine appendiculaire insidieuse de l'affection.

DIAGNOSTIC

Dans la pratique on peut se trouver en présence des faits suivants :

1°) Le malade vient d'être brusquement terrassé par une péritonite suraiguë succédant à une appendicite insoupçonnée et, partant, négligée (Cas LE DENTU et DELBET);

2°) Le diagnostic était fait d'appendicite, mais le malade refusait l'intervention, ce qui arrive encore assez fréquemment.

3°) Le Médecin a institué un traitement médical dans le but de refroidir l'affection et, soudain, la complication péritonéale est survenue;

4°) Le Diagnostic n'avait pas été posé assez tôt, erreur malheureusement très difficile, sinon impossible à éviter dans certaine formes.

Suivant que l'on est en présence d'un cas ou de l'autre le diagnostic est plus ou moins aisé à établir, surtout en tant qu'origine appendiculaire de l'infection.

Dans les formes suraiguës et aiguës, il repose sur l'ensemble symptomatique décrit au chapitre précédent.

Dès maintenant, nous insisterons, avec GUINARD, sur un signe visible d'emblée à l'inspection et qui

doit avant tout frapper le médecin : c'est l'immobilité complète du malade dans le décubitus dorsal.

Les douleurs atroces de la péritonite s'exagèrent au plus léger mouvement; ceci nous permettra d'éliminer, presque de suite, les coliques hépatiques, saturnines, néphrétiques, où le malade, agité fiévreux, se tourne et se retourne dans son lit à la recherche de la position la moins pénible.

Certains auteurs affirment que le coma diabétique, la pancréatite hémorragique, peuvent parfois être confondues avec la péritonite généralisée appendiculaire.

La salpingite en impose quelquefois pour une appendicite; bien plus encore, lorsque la collection purulente inonde le péritoine. Les localisations sont évidemment différentes, mais l'une peut exceptionnellement siéger plus haut et l'autre plus bas.

D'ailleurs, le « flirt appendiculo-annexiel » de SEGOND nous indique que les lésions sont capables de coexister dans les deux organes; l'influence septique émane généralement des annexes. Dans un cas rapporté par QUÉNU, l'appendice infecté s'ouvrait dans le pavillon de la trompe.

Si l'on est appelé au début de l'affection, si le liquide permet encore la palpation profonde, si la défense et la douleur ne sont pas trop vives, il faudra explorer le fond de l'utérus. Il est immobile maçonné dans les cas d'annexite. Le col, au contraire, tout en ayant changé de position, a conservé sa mobilité. Il faudra enfin s'aider des commémoratifs.

Citons maintenant, pour mémoire, les péritonites consécutives aux vulvo-vaginites des petites filles; la péritonite gonococcique de l'homme, qui succède à une épididymite blennorragique.

La péritonique hypertoxique, nous l'avons dit dans la symptomatologie, se confond facilement avec l'obstruction intestinale. Douleurs, vomissements, constipation, hypothermie, sans parler des symptômes physiques, sont connus à ces deux affections suraiguës.

Le diagnostic, évidemment, se pose si la péritonite ne s'accompagne pas de rétention absolue des gaz et des matières mais, dans les cas où la constipation est opiniâtre il est souvent impossible de les différencier.

Là encore, il faudra s'appuyer sur les commémoratifs. Les deux cas impliquent la laparotomie immédiate; c'est fréquemment cette dernière qui tranche la difficulté.

Nous n'omettrons pas de mentionner également les méprises possibles avec la pseudo-péritonite hystérique.

La grande névrose, parfaite simulatrice, s'intéresse au **péritoine** comme aux autres organes; un examen minutieux permettra d'en dépister les stigmates.

Notons en passant que l'anesthésie est quelquefois le traitement de choix.

Nous ne pensons pas qu'on prendra une péritonite tuberculeuse aiguë pour une péritonite appendi-

culaire. L'intervention serait d'ailleurs indiquée, mais il faudrait se rappeler qu'il vaut mieux s'abstenir de laver et drainer le péritoine.

La typhoïde, les affections paratyphiques, gastro-intestinales, sont des sources d'erreurs.

Ici, l'évolution de l'appendicite a été différente de ce qu'elle est habituellement; les observations 3 et 4 sont des exemples.

Voilà deux enfants ayant, tous les deux, de la diarrhée persistante au lieu de la classique constipation.

Le premier a présenté, au début, quelques vomissements il avait fait une vague indigestion qui peut en être la cause, les vomissements se sont arrêtés très vite, le deuxième n'a pas vomi.

C'est évidemment là un élément de confusion capable d'entraîner la contre-indication d'une intervention nécessaire.

Dans l'observation IV, le liquide septique contenait du colibacille, celui de l'observation III, du pneumocoque.

On signale des péritonites à pneumocoques, dont l'origine n'est d'ailleurs pas toujours appendiculaire et qui débutent par un frisson, une brusque élévation thermique.

Elles ont l'allure d'une affection gastro-intestinale aiguë : diarrhée fétide, ventre ballonné, vomissements constants. La palpation contre la présence de liquide et souvent d'un plastron; l'association du colibacille au pneumocoque serait un signe de gravité particulière.

Or, chez nos deux enfants, les vomissements étaient absents et il existait des symptômes appendiculaires, surtout chez le premier. Ce petit malade avait un point douloureux net au Mac Burney, avec empâtement de la fosse iliaque droite. Chez l'autre, un toucher rectal emporta le diagnostic d'appendicite en révélant la présence d'une collection.

Nous avons signalé qu'à l'intervention, l'appendice fut enlevé à l'un, et à l'autre.

Nous croyons voir dans ces deux cas, une forme particulière d'appendicite, à évolution rapide et grave tant par l'intensité des phénomènes généraux qu'elle provoque, que par les erreurs d'interprétation qu'elle permet.

TRAITEMENT

A. — Traitement chirurgical.

Aperçu de quelques opinions et méthodes.

Le traitement de la péritonite généralisée appendiculaire est essentiellement chirurgicale. Ainsi le proclamait DIEULAFOY : l'intervention est la « dernière cartouche » dont on dispose, c'est l'unique planche de salut. Sur ce premier point tous les chirurgiens sont d'accord.

Mais comment doit-on opérer ?

Ici les avis diffèrent un peu, diverses méthodes sont préconisées; nous les passerons en revue et exposerons ensuite la technique adoptée dans les observations que nous présentons.

Opinion de Lejars. — Il faut opérer coûte que coûte, même dans le doute. Incision médiane sous-ombilicale, exploration digitale prudente; on doit se garder de rompre les adhérences et se rappeler que la paroi intestinale est très friable. Il faut chercher l'appendicite et l'enlever sans trop insister bien entendu. « Cette recherche n'est effectuée que pour ne pas perdre l'heureuse occasion d'extraire aisément un appendice bien accessible et qu'il serait dommage de laisser derrière soi ».

La collection purulente étant évacuée, il faudra drainer largement avec de gros drains.

QUENU et BRAULT sont partisans du drainage d'attente à l'aide de mèches stérilisées pénétrant dans la cavité, autour du cæcum, pour obtenir un cloisonnement et créer un débouché au pus.

VILLEMIN (Société de Chirurgie 1906) fait la laparotomie médiane et draine largement vers le côlon, vers le pelvis. Il vante les heureux effets de cette méthode qu'il a employée avec succès chez les enfants.

Technique de Legueu. — « L'opération doit être rapide; ce n'est pas une question d'heures, mais de minutes ». Il faut inciser largement au milieu ou à droite, peu importe.

« Dans le doute on incise d'abord au milieu, puis on complète par des incisions latérales de secours ».

Il faut drainer le foyer de suppuration et, au besoin, utiliser la voie vaginale par le cul-de-sac postérieur ou la voie périnéale.

GUINARD et VIGNARD incisent à droite par le procédé de Roux. VIGNARD et l'Ecole de Lyon sont partisans de la recherche et ablation de l'appendice sans enfouissement. La plaie largement ouverte, est drainée. Pas de sutures sur la paroi.

TEMOIN, conseille d'extraire l'appendice chaque fois que la chose est possible et préconise le drainage; de même JALAGUIER, GOSSET, Pierre DUVAL.

MURPHY a innové une méthode qui a transformé le traitement des péritonites généralisées et dont tous les chirurgiens se sont inspirés.

Intervention rapide, précoce, sous anesthésie chloroformique. Pas de recherches intempestives pour découvrir la lésion, pas d'ablation de l'appendice.

L'opération est faite en position demi-assise dite de FOWLER, basée sur ce fait d'observation que les rares lymphatiques de la région pelvienne ont un pouvoir d'absorption très réduit.

Le malade est maintenu dans cette position après l'intervention.

Entéroclyse, sérum rectal isotonique à forte dose (huit à dix litres par vingt quatre heures).

Opinion d'Hartmann. — Nous la trouvons bien exposée par CADENAT dans le journal « L'Hôpital » (mars 1922).

Il faut opérer d'urgence et enlever l'appendice « Le laisser en place, c'est s'exposer à des surprises désagréables, même lorsqu'après évacuation d'un abcès on a laissé un drain à demeure ».

« Le danger est-il si grand de vouloir enlever l'appendice ? »

Si l'infection est généralisée, on ne risque pas grand chose à détruire quelques adhérences de plus et tout le monde est d'accord... On fera ainsi une opération complète et on guérira le malade en une seule fois ».

« Pas d'incisions multiples, pas de contre-incision dans le Douglas. Une seule incision à droite... S'il existe des corps étrangers septiques, drainer avec un drain N° 35.

Tous ces avis furent émis et discutés lors des con-

grès chirurgicaux. Quelques chirurgiens parlèrent même de la suppression complète du drainage, le péritoine se défendant très bien. Ils se contentaient d'un drainage sous la peau, filiforme ou par un petit tube pour éviter la formation possible d'abcès de la paroi.

TRAITEMENT

PAR SÉROTHERAPIE-VACCINOTHERAPIE

Nous avons toujours pratiqué systématiquement au cours des infections péritonéales appendiculaires, la sérothérapie.

La variété des sérums et vaccins actuellement utilisés dans les infections est considérable. Certains méritent une mention particulière.

Le sérum Polyvalent de LECLAINCHE et VALLÉE, alias opsolysine, infectable ou non, a donné dans des infections streptococciques et mixtes des résultats remarquables. Nous ne l'avons jamais expérimenté.

Celui de MARMORECK nous semble d'après de nombreux auteurs moins efficace.

Nous citerons les sérums antidiphthérique anti-staphylococcique, anti-pneumococcique, les auto-vaccins et les stocks-vaccin de DELBET.

Nous avons toujours eu recours dans les observations de malades que nous rapportons à l'association du sérum anticolibacillaire et de sérum antigangréneux.

Le sérum anti-gangréneux est né pendant la guerre de la collaboration de WEINBERG et de DELBET. Il reçut une application heureuse dans les plaies infectées.

Nous laisserons la parole au Professeur DELBET (congrès de chirurgie de 1920).

et reproduiront de lui deux observations typiques

OBSERVATION VI (résumée).

Malade âgé de 42 ans symptômes de péritonite appendiculaire. Opération urgente. Flot de pus fécaloïde. Pas d'ablation de l'appendice. Drainage. Sérothérapie immédiate. Cessation rapide des accidents. Guérison.

OBSERVATION IX (résumée).

Malade 17 ans. Péritonite appendiculaire aiguë à marche extensible. Opération immédiate. Pus verdâtre abondant. Sérothérapie. Guérison.

CADENAS, HARTMANN qui l'ont utilisé vantent également les effets du sérum antigangréneux.

Au début on commença par faire des injections de sérum approprié après examen bactériologique du pus intra péritonéal. Aujourd'hui on peut agir empiriquement et injecter sans danger toute la gamme avant que l'étude bactériologique soit faite.

Ces sérums (anti-perfringens, vibron, œdematiens, histolitiques, Polyvalents) s'injectent ordinairement par voie sous cutanée ou intra musculaire.

La voie intra-veineuse peut-être employée dans les formes où l'on doit procéder rapidement. Elle a toutefois donné lieu à quelques accidents.

CADENAT recommande d'injecter directement dans

la paroi abdominale au cas où le sphacèle apparaît à cette paroi.

Cette thérapeutique produit au bout d'une 1/2 heure en moyenne une élévation passagère de température qui atteint un à deux degrés.

Son apparition précoce, brutale, loin d'être alarmante est au contraire de bon augure. Elle traduit la réaction de défense de l'organisme.

Il est recommandé de se contenter en général d'une injection de 10 centimètres cubes, mais si les accidents persistent aucune contre indication, à recommencer la sérothérapie.

**MODE OPERATOIRE ADOPTE CHEZ
LES MALADES
DONT NOUS RAPPORTONS LES OBSERVATIONS**

L'anesthésie a toujours été donnée au Schleich. L'urgence des cas, dans aucune de nos observations n'a permis de soumettre le malade à une préparation préopératoire.

Dans les cas douteux (observation VI) nous pratiquons une incision médiane sus et sous ombilicale de six à dix centimètres. Dans les cas nets nous incisons d'abord dans la fosse iliaque droite en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure selon le procédé de Roux. Dans quelques cas, nous incisons également symétriquement dans la fosse iliaque gauche.

Une exploration digitale prudente recherche l'appendice. S'il n'est pas trouvé nous n'insistons pas. De même nous percevons légèrement et rapidement la formation possible d'adhérences. Une méthode peu élégante il est vrai, mais qui nous a donné de bons résultats, consiste à faire basculer la table alternativement de droite à gauche pour faciliter l'évacuation du pus.

Quand nous réussissons à atteindre l'appendice, une ligature au catgut N° 2 est mise sur le méso. Nous sectionnons le méso. Une ligature également au catgut est mise sur la base de l'appendice que l'on

sectionne ensuite au thermocautère. Nous n'enfouissons pas dans ces cas le moignon appendiculaire.

Nous faisons préparer ensuite une ou deux grandes mèches. Dans un récipient stérile, nous avons fait préparer un mélange à partie égale de sérums anti-gangréneux, polyvalent et de sérums anticolibacillaire. Les mèches en sont largement imbibées et ensuite introduites dans la cavité péritonéale.

Quand nous avons fait deux incisions iliaques symétriques. Nous introduisons une mèche par chacune des incisions. Nous plaçons ensuite des drains. Le choix de ces drains n'est pas indifférent (N^{os} 33 à 36) et il faut surtout veiller à ce que l'extrémité en contact avec les masses intestinales soit arrondie et non à section nette.

Dans chaque fosse iliaque (quand nous faisons deux incisions) deux drains sont placés qui iront l'un vers le cul-de-sac de Douglas, l'autre au-devant du colon.

Le péritoine au niveau de l'incision n'est pas complètement refermé au catgut. Un autre catgut rapproche les masses musculaires et l'aponévrose du grand oblique. Sur la peau nous plaçons quelques crins quand l'incision se trouve être assez grande.

Avant que le malade ne quitte la salle d'opérations, nous lui faisons injecter par voie sous-cutanée le contenu d'une ampoule de sérum anti-gangréneux et celui d'une ampoule de sérum anticolibacillaire.

L'intervention très rapide en général dure en moyenne 15 à 20 minutes.

QUELQUES REFLEXIONS

Cet exposé nous conduit à émettre quelques considérations sur le choix de notre procédé.

Nous ne discuterons pas l'opportunité de l'intervention; nous dirons cependant avec LEGUEU, qu'il faut opérer coûte que coûte, même « in extremis ». Ce n'est pas l'avis de tous les chirurgiens; cependant c'est la seule et unique chance de sauver le malade qui, en cas d'abstention est irrémédiablement perdu.

Il faut évidemment prévenir la famille, qui s'étonne et s'alarme que l'on tente une opération sur un mourant. On doit lui faire comprendre que la mort sera la conséquence, non de l'acte opératoire, mais de la toxhémie. Il a, en effet, été rapporté par de nombreux auteurs que les grands shockés des infections aiguës supportent souvent très bien une courte intervention.

Parfois, même, on constate, aussitôt après, une accélération du pouls, une légère amélioration; il ne faut pas, de prime abord, s'y laisser prendre, c'est un signe trompeur. Aussi doit-on réserver très prudemment son pronostic.

Nous inciserons largement et ne pratiquerons la résection de l'appendicite que s'il se présente, et sans enfouissement bien entendu.

Nous estimons qu'il n'est pas indifférent de rompre des adhérences, de détruire ainsi le processus de défense, de cloisonnement pas plus que de traumatiser une région que l'infection a déjà passablement altérée.

Les résultats de l'appendicectomie systématique dans les péritonites, ne sont d'ailleurs pas très encourageants. Les partisans de cette opinion craignent le retour de complications et la formation de fistules stercorales au niveau de l'appendice laissé en place.

Les complications sont rares, et, d'autre part, il est aussi fréquent que la fistule apparaisse au point de section de l'appendice dont la ligature s'est relâchée ou résorbée.

Il importe, avant tout, d'aller vite et de ne pas s'attarder à des minuties opératoires, l'essentiel est d'évacuer la collection purulente, origine des phénomènes septicémiques.

En dernier lieu, nous drainerons méthodiquement, pour n'obtenir des drains que les heureux effets, sans crainte de leurs inconvénients.

Nous éviterons les perforations par frottement sur des séreuses friables en supprimant les arêtes des extrémités qui seront arrondies; ces drains seront progressivement retirés et raccourcis. Ils seront enlevés le plus tôt possible, le sixième ou le septième jour, ainsi, nous ne nous exposeront pas à la possibilité d'apparition d'une fistule ou d'une éventration.

SOINS LOCAUX POST-OPERATOIRES

Les pansements seront refaits tous les jours.

Avec une grosse seringue de 20 cm³ ou l'appareil de Potain on pratiquera autant que l'on pourra l'aspiration des liquides péritonéaux surtout grâce au drain introduit dans le cul-de-sac de Douglas.

Le drain introduit le long de l'intestin sera enlevé du 4^e au 8^e jour. Le drain mis dans le Douglas sera enlevé quelques jours plus tard. Là où les mèches seront enlevées progressivement à partir du 8^e jour. La partie de la mèche extériorisée sera coupée au ras de la plaie cutanée.

La périphérie des plaies sera nettoyée à l'éther d'alcool ou l'eau oxygénée suivant les cas. On appliquera ensuite un pansement stérile sec.

TRAITEMENT MEDICAL

(post-opératoire).

Il est admis par tout le *Monde* et constitue un auxiliaire très précieux du traitement chirurgical.

Il comprend dans ses grandes lignes : la réinjection de sérums anticolibacillaire et antigangréneux,

l'entéroclyse de MURPHY et la prescription d'une médication très simple.

Nous avons injecté par voie sous-cutanée des sérums anticolibacillaire et antigangréneux chaque fois que l'état général ne semblait pas s'améliorer très nettement après intervention.

L'entéroclyse, administration par voie rectale de sérum salé isotonique à forte dose « Qui n'injecte pas seize pintes par 24 heures, n'applique pas ma méthode » disait MURPHY.

Ce sérum doit être poussé très lentement en raison d'un litre en trois quart d'heure. Une sonde de Nélaton pénètre dans le rectum; le sérum est versé chaud dans le bock et remplacé au fur et à mesure de son absorption. Le long du caoutchouc on dispose un tube de verre qui permet de contrôler le débit. On règle à l'aide d'une vis de pression, de telle sorte que le liquide s'écoule goutte à goutte.

Nous avons quelquefois substitué au sérum salé, le sérum glucosé isotonique à 45 pour 100 avec addition d'adrénaline (XX à XXX gouttes).

Certains chirurgiens qui ne drainent pas, appliquent une vessie de glace sur l'abdomen. Le drainage n'en contre-indique pas l'emploi, ainsi que l'ont montré les récentes discussions à ce sujet. La glace combat efficacement les réactions péritonéales; elle calme les douleurs aussi bien que les opiacés. Elle temporise et arrête même les vomissements rebelles que provoque la paralysie stomacale; nous l'avons expérimentée avec succès et la préférons au lavage d'estomac et aux antispasmodiques.

Le lavage d'estomac, dans certains cas indispensable, est assez pénible et fatigue beaucoup le malade déjà affaibli.

Nous n'utilisons pas la morphine, qui a d'ailleurs un pouvoir émétisant et une action défavorable sur le rein dont le fonctionnement a, plus que jamais besoin de son intégrité.

L'opium a l'inconvénient de diminuer la phagocytose, nous avons cependant prescrit le sirop thébaïque.

Les toni-cardiaques, diurétiques (caféine, théobromine, uroformine), l'huile camphrée éthérée en injections intra-musculaires, nous ont rendu de précieux services.

De même les métaux colloïdaux (électrargol) ce dernier à la dose d'un centimètre cube le premier jour, deux le deuxième, trois le troisième.

REGIME

Il est difficile de l'établir d'une manière précise. Il sera laissé à l'initiative du médecin traitant suivant l'amélioration et la disparition plus ou moins rapide des accidents.

D'une manière générale nous prescrivons :

Pendant les premiers jours, diète rigoureuse. La soif sera calmée par des lavages de bouche avec de l'eau additionnée de quelques gouttes d'alcool de

menthe. Au bout de vingt-quatre heures, on pourra donner, en alternant, champagne et eau de Vichy par cuillerées à café toutes les deux heures.

Quand l'état général sera plus satisfaisant on permettra le lait et les infusions faibles, progressivement, en commençant à un quart de litre par jour. Assez rapidement on donnera des purées et une alimentation progressivement plus substantielle.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(7 mars 1935).

Due à l'obligeance du Docteur JAGOT.

G... André, 16 ans, entre à l'hôpital le 7 mars 1935 et est admis salle de chirurgie N° 1.

Ce malade est d'une constitution robuste et nous ne relevons rien d'intéressant dans ses antécédents tant héréditaires que collatéraux et personnels.

Fin janvier 1935, il ressentit quelques douleurs abdominales, coliques qui furent attribuées à une légère intoxication alimentaire, sans localisation spéciale, sans symptômes généraux nets. Un traitement médical de deux ou trois jours en provoqua la disparition.

Dans la nuit du 6 au 7 mars, les douleurs reparurent plus violentes, plus intolérables. Le malade se fit faire des applications humides chaudes qui semblèrent les calmer, mais elles s'exaspèrent de nouveau et l'on appela près de G... le Docteur H... Celui-ci conseilla le transport immédiat du malade à l'hôpital en vue d'une intervention chirurgicale.

Le D^r JAGOT consulté trouva le malade dans l'état suivant. Faciès péritonéal, teint plombé, yeux caves, nez pincé, température 39,5, pouls 130. Le ventre est ballonné, douloureux à la palpation. Il présente à droite une voussure assez nette. La constipation est opiniâtre depuis 48 heures. Dans la matinée, le malade a vomi plusieurs fois, vomissements d'abord alimentaires, puis forracés.

Le diagnostic de péritonite généralisé est posé. Les commémoratifs, la crise précédente en rendent l'origine appendiculaire à peu près certaine. Le malade est opéré d'urgence.

Technique opératoire. — Anesthésie au Schleich. Incision fosse iliaque droite type Roux. Elle donne issue à un pus abondant, bien lié, et l'odeur très fétide. Une exploration digitale prudente permet de ramener un appendice complètement gangrené et perforé. On procède à son ablation. Une grande mèche imbibée de sérum anticoli et anti GG polyvalent est introduite dans le péritoine. Un drain est placé dans le Douglas, un autre le long du colon. Fermeture très incomplète de la brèche opératoire.

Traitement post-opératoire et suites. — Le malade est conduit dans son lit. On lui injecte sous la peau 20 cm³ de sérum anti-GG et 20 cm³ de sérum anti-coli. Un Murphy lui est installé en permanence. XX gouttes d'adrénaline sont ajoutées matin et soir à la solution de sérum isotonique. Huile camphrée éthérée intra-musculaire. Caféine. Glace sur le ventre. Le lendemain 8 mars, la température est à 39°, le pouls à 110, mais mieux frappé.

Le traitement médical est continué (Murphy tonocardiaque). L'aspiration est pratiquée au niveau du drain de Douglas.

Le quatrième jour, la température est à 37,5, le pouls à 80.

Les drains sont enlevés le 6^e jour. La mèche est progressivement enlevée.

Les suites opératoires sont excellentes, l'état général s'améliore. Le malade entre en convalescence. Le 6 avril 1935 il quitte l'hôpital complètement guéri.

OBSERVATION II (personnelle).

(Février 1935).

avec l'autorisation du Docteur JAGOT.

Jeanne L..., 22 ans entre à l'Hôpital le 22 février 1935, salle de chirurgie N° 8.

Cette jeune fille est d'apparence physique très forte et rien de particulier n'est noté dans ses antécédents.

L'affection débuta brusquement dans la nuit du 12 au 13 février, par de violentes douleurs abdominales que calmèrent des applications chaudes humides.

Le 14 février, Mlle J. L... fit appeler un médecin. Les douleurs avaient disparu. Aucun symptôme appréciable n'est révélé. Expectative mise en observation. Le diagnostic d'appendicite est cependant posé. Pendant quelques jours l'accalmie est complète et la malade ne se ressentant de rien vaque à ses occupations.

Le 20 février, une crise nouvelle instance persistante se déclare, le médecin est redemandé d'urgence.

La constipation opiniâtre est suivie d'une débâcle fétide d'aspect toxique. Le ventre est ballonné, douloureux à la palpation. Deux points sont particulièrement nets : l'un dans la fosse iliaque gauche, l'autre au niveau du Mac Burney. Le pouls est à 96, pas de température.

Une vessie de glace est placée sur l'abdomen, repos absolu au lit, diète, mise en observation.

La crise légèrement calmée dans la journée reparait le soir et le lendemain 21 février le tableau change et l'état s'aggrave. Le médecin traitant fait appeler un chirurgien.

Le diagnostic de péritonite appendiculaire est fait, le ventre est ballonné, grosse défense de la paroi. Pouls incomptable, pas de température. La malade est dirigée sur l'Hôpital et immédiatement opérée.

Intervention et suites opératoires. — Anesthésie au Schleich. La technique opératoire est toujours la même. Une incision dans la fosse iliaque droite qui provoque l'évacuation d'un pus abondant, bien lié et très fétide. Cette évacuation est facilitée par l'inclinaison de la table à droite et à gauche après une nouvelle incision dans la fosse iliaque gauche. L'appendice est trouvé. Il est énorme, gangrené et perforé en plusieurs endroits. On procède à son ablation. Les annexes semblent indemnes. Deux mèches largement imbibées de sérums anti-GG et anti-coli sont introduites dans le péritoine, l'une par l'incision droite, l'autre par l'incision gauche. Deux drains sont mis dans le Douglas, l'un à droite, l'autre à gauche. Par l'incision droite on introduit un autre

drain le long du colon. La paroi est fermée par quelques crins.

Les soins post-opératoires sont les mêmes, savoir : Murphy sérum physiologique sous-cutané adrénaline, tonicardiaque. Une vessie de glace est laissée pendant 48 heures.

Le lendemain de l'intervention, la température était à 39 et le pouls à 110.

Les jours suivants, la température baisse en lysis, le pouls diminue également progressivement de fréquence. Le 9^e jour, 37,2, pouls à 80. Les drains ont été enlevés le 6^e jour. Les mèches progressivement. Le 14 mars, la malade quittait l'hôpital non encore complètement cicatrisée et en excellent état. Nous avons revu cette malade le 2 avril. Elle était complètement guérie.

L'examen bactériologique du pus pratiqué par le Docteur BRIZARD, chef du laboratoire de bactériologie a montré du coli-bacille et de nombreux anaérobies.

OBSERVATION IV.

Due à l'obligeance du Docteur JAGOT.

Appelé en consultation, le 26 avril 1935 par un de ses confrères des environs, le Docteur JAGOT fit le diagnostic d'appendicite aiguë chez une fillette de 12 ans, Geneviève D... en observation depuis quelques jours pour une affection gastro-intestinale mal caractérisée (infection paratyphique ou Eberthienne possible).

L'enfant sans antécédents appréciables avait été prise quelques jours auparavant de maux de ventre, diarrhée, température légère.

Le jour de la consultation, elle avait une température de 38°5, pouls 95 bien frappé. Langue saburrale, faciès bon. Pas de vomissements, un peu de diarrhée. Le ventre était légèrement ballonné. Un point douloureux net au Mac Burney. Un toucher rectal mit en évidence un point douloureux très vif dans la fosse iliaque droite avec sensation d'empâtement.

L'opération est proposée, mais les parents ne l'acceptent pas. Un traitement médical est institué immédiatement. Diète absolue, opiacés, glace sur le ventre.

Le lendemain matin, le médecin traitant fit appeler d'urgence le chirurgien en le priant d'apporter le matériel opératoire nécessaire à une laparatomie.

L'état s'était aggravé dans la nuit, l'enfant présentait tous les symptômes d'une inondation péritonéale. Vomissements porracés abondants, diarrhée toxique continuelle, faciès terreux, ventre ballonné, de bois, très douloureux à la palpation. Température 39°, pouls filant extrêmement rapide.

Technique opératoire.

Incision de 6 à 10 centimètres fut faite dans la fosse iliaque droite. Du pus s'écoulé abondamment, fétide, mal lié, grumeleux. L'appendice en position pelvienne fut enlevé.

Après évacuation aussi complète que possible du pus péritonéal, une grande mèche imbibée de sérum anti-GG et anti-coli est mise dans la cavité. Des drains sont mis dans le Douglas et le long du colon.

L'anesthésie au Schleich à dose infime. Le tout avait duré 15 à 20 minutes.

Les suites furent bonnes. Le deuxième jour le médecin traitant en faisant le pansement s'aperçut que les drains ressortaient chassés par l'intestin sous l'influence d'une contraction abdominale. Il les remit doucement en place et les enleva définitivement le 6^e jour. La mèche fut comme toujours progressivement enlevée.

Le traitement post-opératoire que nous avons relaté dans les observations précédentes avait été institué dès l'intervention.

Une petite fistule stercorale apparut à droite le 4 mai. Le 10 mai, elle était tarie. L'état de la petite malade s'améliorait de jour en jour. Le 20 mai, il restait une très légère plaie en voie de cicatrisation. A la fin du mois, la guérison était complète.

Une culture à l'étuve du pus faite le soir de l'intervention avait montré au bout de 36 heures, du colibacille et des anaérobies.

OBSERVATION IV.

Due à l'amabilité du Docteur JAGOT.

Armandine A..., âgée de 17 ans. Aucun antécédent intéressant. Cette jeune fille fut prise brusquement dans la matinée du 17 avril 1935 de vomissements abondants et répétés. Elle avait mangé des moules la veille et sa mère mettant sur le compte de ce repas cette indigestion, la purge le lendemain 18 avril.

A partir de ce moment, elle se plaint beaucoup du ventre, présente une diarrhée assez abondante, mais ne vomit pas. Le Docteur G..., de Guérande (L.-Inf.) mandé, diagnostique crise d'appendicite aiguë. Cette jeune personne est agitée, les yeux cernés, le faciès douloureux; le ballonnement abdominal un peu marqué, mais il existe un gros empâtement dans la fosse iliaque droite, perceptible surtout au-dessus de la crête iliaque. La diarrhée est continuelle, pas de vomissements. Un traitement médical est institué.

Après quelques alternatives, l'état s'aggrave, le 20 avril on remarque une discordance légère entre le pouls et la température, la langue est saburrale, humide. Aucune nausée et la diarrhée persiste toujours.

L'empâtement primitivement localisé à droite s'est généralisé, la défense de la paroi est considérable, la douleur à la palpation très vive surtout dans les deux fosses iliaques. Le Médecin appelé le soir constate une péritonite généralisée et l'opération est faite d'urgence après transport de la malade à l'Hôpital de St-Nazaire.

Technique opératoire et suites.

Large incision dans la fosse iliaque droite de huit centimètres environ. Il s'écoule un pus très abondant verdâtre bien lié. Le doigt prudemment introduit ne sent aucune barrière protectrice.

L'intestin est rouge dépoli, et par endroits couvert de fausses membranes blanches grisâtres. L'appendice est gangréneux et perforé. On procède à son ablation.

Une mèche de sérum anti-GG. et anti-coli est introduite dans le péritoine. Deux drains sont également introduits l'un dans le Douglas, l'autre vers le colon.

L'anesthésie a été donnée au Schleich à faible dose. L'intervention a duré 15 minutes.

Les soins post-opératoires sont les mêmes. Injections de sérums anti-GG. et anti-coli. Murphy. Sérum physiologique. Huile camphrée. Les suites immédiates furent bonnes. La température dès le lendemain 21 avril revenait à 37°5. Le poulx mieux frappé était cependant encore rapide et un peu discordant. La douleur, le ballonnement et la diarrhée disparaissent.

Les drains sont enlevés le cinquième jour. La mèche est enlevée progressivement.

Cependant le 11^e jour, la température remonte à 39°5. La malade est examinée et l'on trouve une collection purulente développée au niveau de la paroi. Elle est évacuée aussitôt. La température revient alors à la normale.

Cette malade a quitté l'hôpital le 26 mai complètement guérie et cicatrisée.

Examen microbiologique : nombreux pneumocoques. Anaérobies colibacilles.

OBSERVATION V (Personnelle).

Avec l'aimable autorisation du Docteur JAGOT.

Mme L..., 35 ans. Cette malade est entrée à l'hôpital, salle de chirurgie, le 1^{er} janvier 1934, d'urgence avec le diagnostic de péritonite généralisée appendiculaire.

Elle est opérée le jour même, à 18 heures.

Dans les antécédents héréditaires et collatéraux de cette malade, nous ne relevons rien de particulier; ses antécédents personnels, sot par contre, plus intéressants.

Tempérament maladif, jamais bien portante, a fait une typhoïde en 1914, depuis a continuellement été souffrant. Grippe en 1919. Abondantes pertes blanches, remontant à

février 1920, avec points douloureux très vifs au niveau des annexes; pléïade symptomatique gastro-intestinale, entérite muco-membraneuse, céphalées fréquentes, douleurs inter-costales, troubles psychiques.

Sous l'influence d'un traitement médical prolongé, les pertes ont, au dire de la malade, cessé depuis six à sept mois.

Le 13 novembre 1933, Mme L... fût prise de violentes douleurs au côté droit qui l'obligea à s'aliter : un médecin consulté, porta le diagnostic de crise d'appendicite et conseilla l'opération immédiate. Cette opération fut énergiquement refusée par Mme L... et sa famille, un traitement médical fût alors prescrit qui calma momentanément la crise.

Le 19 décembre, les douleurs, plus violentes, reparurent et persistèrent. Le médecin fréquemment appelé, conseilla l'intervention à chaud, toujours refusée, et ce n'est que le 31 décembre, quand apparurent les symptômes de péritonite généralisée, que Mme L... se décida à rentrer à l'Hôpital pour y être immédiatement opérée.

Nous étions alors de garde et nous appelâmes d'urgence notre Maître, le Docteur JAGOT, chirurgien chef du service. La malade présentait tous les symptômes d'une intoxication profonde. Température 38°3. Pouls 140 mal frappé, intermittent. Faciès terreux, langue rotie, ventre ballonné avec voussure nette à droite, défense énorme de la paroi, vomissements fréquents et, depuis plusieurs jours, constipation opiniâtre. Un état d'abattement et d'affaissement hébété, qui nous a toujours paru pathognomonique des infections péritonéales graves.

Intervention et suites. — L'opération est faite à 17 heures. L'anesthésie est donnée au Schleich. Une incision est pratiquée dans la fosse iliaque droite, elle donne issue à un liquide roussâtre, bouillon sale dont l'aspect nous fait penser immédiatement à une infection streptococcique. L'appendice perçu par une prudente exploration digitale est attiré au dehors, il présente des plaques de sphacèles couleur feuilles mortes et est décapité. Le cæcum et l'intestin sont rouges dépolis, couverts de plaques d'exsudats fibrineux. L'appendice est lié, sectionné à la base et n'est pas enfoui. Une ex-

ploration légère permet de sentir des adhérences intestinales et péritonéales faibles.

Une grande mèche imbibée de sérums anti-GG. et anti-coli est placée dans la cavité péritonéale. Des drains sont placés dans le cul-de-sac de Douglas et le long du colon. La malade est transportée dans son lit où un Mudphy lui est installé.

Le soir même, nous pratiquons un examen bactériologique, nous trouvons du colibacille et du staphylocoque, pas de streptocoques.

Voulant avoir un examen plus approfondi, nous nous adressons à M. le Docteur BIZARD, Chef du Laboratoire Municipal, qui a l'amabilité de nous faire une culture. Il n'est pas trouvé de streptocoques, mais des colibacilles et de nombreuses anaérobies.

Suites. — Les suites opératoires furent bonnes. Pendant une dizaine de jours l'état resta indécis, la température oscillait entre 37 matinale et 39 vespérale. Pendant 5 jours on fit du sérum physiologique et une médication tonicardiaque. Les drains furent enlevés le 8^e jour. La mèche fût enlevée progressivement.

Le 18 janvier, l'état était nettement amélioré, le 11 février la malade sortait sur sa demande, ne présentant plus que des plaies en voies de cicatrisation. Son médecin traitant nous a dit depuis qu'elle était complètement rétablie.

OBSERVATION VI.

avec l'obligeante autorisation du Docteur MICHON.

Chirurgien Honoraire des Hôpitaux de Paris.

Chirurgien de l'Hôpital de la Croix-Rouge.

M. T. H..., 31 ans, entre le jeudi 5 mars 1936 à l'Hôpital Ecole de la Croix-Rouge, Paris.

Le vendredi 28 février il a été pris dans la soirée de crises abdominales douloureuses sous formes de coliques sans localisation spéciale. Mais à ce moment le malade ne

vomit pas. La température n'a dit-il pas été prise. Il ne fait pas appeler un médecin, mais se met de lui-même à la diète et se fait des applications chaudes sur le ventre.

La journée du samedi est meilleure, le malade peut même vaquer à ses occupations, bien qu'il ait encore quelques douleurs abdominales. La journée du dimanche est également bonne. Mais dans la soirée les crises reviennent plus violentes que la première fois. Le même traitement est appliqué par le malade mais sans succès cette fois. Aussi fait-il appeler un médecin dès le lundi matin. Celui-ci semble n'avoir pas eu de diagnostic ferme, il ordonne des applications chaudes sur l'abdomen et une préparation à base d'opiacés et anti-spasmodiques, les douleurs s'atténuent. Le médecin revient le lendemain et il constate que la température est à 38°, le pouls à 100 et surtout que le malade n'a pas été à la selle et qu'il n'a pas rendu de gaz depuis la veille. Une radiographie après lavement et absorption de bouillie barytée est faite le mercredi 4 mars. Elle montre une anse grêle complètement remplie de baryte. Le médecin pose le diagnostic d'occlusion et conseille au malade de se faire opérer rapidement. Celui-ci est transporté le jeudi 5 à la Croix-Rouge. Le Docteur MICHON l'examine en notre présence. La température n'est pas élevée le pouls est à 110, le faciès est bon, le malade dit qu'il ne souffre plus. Le ventre est légèrement ballonné avec une voussure au niveau de l'ombilic. Pas de matité dans les flancs légère douleur sans localisation précise à la palpation. Pas de défense très nette de la paroi. L'aspect radiographique de l'anse dilatée et qui paraît tordue sur elle-même décide le Docteur MICHON à, pratiquer d'urgence une laparotomie exploratrice.

Technique opératoire. — Anesthésie au Schleich.

Laparotomie médiane sus et sous ombilicale, grande incision de 10 à 15 cm. A l'ouverture une anse intestinale énormément dilatée rouge et dépolie fait irruption, à noter également une odeur caractéristique de pus appendiculaire et la position de l'épiploon qui est fixé dans le petit bassin et la fosse iliaque droite. On recherche immédiate-

ment l'appendice après résection d'une grande partie de l'épiploon enflammé. L'appendice est énorme gangréné et perforé à son extrémité. On procède à son ablation. Pas d'enfouissement, les anses intestinales, sont recouvertes d'un exsudat blanc grisâtre.

On introduit une sonde de Nélaton N° 16 dans l'anse dilaté qui se vide d'ailleurs très mal.

Des drains sont placés dans le Douglas. Une mèche imbibée de sérum anti-gangréneux polyvalent est également mise dans le péritoine. On referme incomplètement la paroi.

On fait une injection sous-cutanée de sérum anti-gangréneux.

Suites Opératoires. — La température et le pouls se sont améliorés. On a fait des injections de sérum physiologique d'huile camphrée et de différents tonicardiaques.

Par la sonde introduite dans l'anse grêle il s'écoule des matières fécales pendant 12 jours.

Le troisième jour après l'intervention, le malade va naturellement à la selle.

La plaie opératoire suppure un peu.

Les drains sont enlevés le 12° jour, la mèche est enlevée le 9° jour. La sonde du grêle est enlevée le 15° jour et la fistule est complètement fermée le 26° jour après l'intervention. La paroi abdominale paraît bonne; pas d'éventration la plaie est en excellent état et en bonne voie de cicatrisation.

Le malade quitte l'hôpital le 5 avril complètement guéri.

CONCLUSIONS

Six observations ne constituent pas une statistique.

Sur un plus grand nombre de cas nous aurions eu fort probablement des déboires.

Considérant cependant cette succession de résultats heureux après un traitement identique il nous a paru intéressant d'en dégager une étude.

Nous résumerons ainsi les principales données cliniques et thérapeutiques tirées de nos observations.

(I) Opération rapide et précoce sous-anesthésie au Schleich (dans les six cas).

(II) Incisions assez larges. Quelquefois multiples (fosse iliaque droite, fosse iliaque gauche, ligne médiane) drainages méthodiques et d'assez courte durée. Sérothérapie in-loco par mise de mèches imbibées de sérums anti-gangréneux polyvalents et sérums anti-colibacillaire dans la cavité péritonéale.

(III) Ablation de l'appendice en général sans enfouissement quelquefois abandon de l'appendice pour des raisons de difficultés opératoires.

(IV) Traitement post-opératoire général et local intensif.

Général. Injection par voie sous-cutanée de sérums antigangréneux polyvalents et de sérum anti colibacillaire en :

Entéroclyse à la manière de MURPHY,
Sérum salé isotonique sous-cutané,
Médication appropriée.

Local. Ablation des drains du quatrième au sixième jour. Ablation progressive de la mèche ou des mèches intra-péritonéales.

Glace sur le ventre au moins pendant les premiers jours. Refaire le pansement tous les jours et nettoyer la périphérie de la plaie.

Le Doyen,
G. ROUSSY.

Le Président de Thèse,
GRÉGOIRE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- AGASSE-LAFOND. — Applications du laboratoire à la clinique
Paris 1921.
- BULLETIN DES CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE. — 1920, 21,
22.
- CADENAT. — Quand et comment faut-il opérer l'appendicite
aiguë ? *L'Hôpital*, 1922.
- CONCOURS MÉDICAL, 1922.
- DELBET-LE DENTU. — Affections chirurgicales de l'abdo-
men, Paris, 1910.
- DELBET-LE DENTU. — Traité de chirurgie clinique et opéra-
toire, 1907.
- DIEULAFOY. — Pathologie interne, 1885.
- DIEULAFOY. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 1896-1897.
- DUVAL (P.). — Pathologie chirurgicale, 1913.
- FAURE (J. L.) et SIREDEY. — Traité de gynécologie médico-
chirurgicale, 1911.
- FAVROLLE. — Les collobiases dans le traitement de l'appen-
dicite aiguë et de ses complications péritonéales, *Ga-
zette des Hôpitaux*, 1922.
- FORGUE (L.). — Pathologie externe, 1917.
- GOSSET (L.). — Pathologie chirurgicale, 1913.
- GUINARD (A.). — L'appendicite, 1910.
- LANZ et TEVEL. — Bactériologie de l'appendicite 1909.
- LEGUEU. — De l'appendicite (L'œuvre médico-chirurgicale).
- LEJARS. — Traité de chirurgie d'urgence, 1935.
- MARQUIS. — Leçons cliniques de l'appendicite, 1920.
- VIGNARD-CAVAILLON. — Formes postérieures de l'appendicite
et complications, 1909.
- BALOGH (Ernest). — Sérothérapie de la péritonite. *Revue des
progrès thérapeutiques*, N° 12-1933.
- BOTREAU-ROUSSEL. — Pelvi-péritonite consécutive à une

appendicectomie à chaud, traitée avec succès par le lipo-vaccin de le Moignic. *Société de chirurgie de Marseille*, 28 Avril 1930.

DICK. — Sérothérapie de la péritonite.

WALTER-DICK. — Sérothérapie de la péritonite. (*Revue des progrès thérapeutiques*, N° 6, 1933).

GUNDEL-SUSSBICH. — La sérothérapie des péritonites et ses bases scientifiques (*Presse médicale*, N° 86, 1934).

KUNZ K. — La sérothérapie de la péritonite (*Revue des progrès thérapeutiques*, N° 3, 1933).

MAZAL (V.). — Sérothérapie of suppurative péritonitis.

PELLEGRINI (A.). — Sérothérapie des péritonites aiguës (*bulletins et mémoires de la Société Nationale de chirurgie*, N° 7, 1933).

PERRANDO. — La sérothérapie de la péritonite aiguë. (*Journal de chirurgie*, septembre 1935).

REDI (R.). — L'introduzione nella cavita peritonéale di sieri e di filtrati nella cura chirurgica, della péritoniti de appendicite.

REICHE. — Résultats cliniques obtenus dans la péritonite par la sérothérapie.

REICHL (C.). — Résultats cliniques donnés par le sérum anti-péritonitique (*Revue des progrès thérapeutiques*, N° 11, 1933).

RIEMANN (R.). — A propos du traitement sérothérapique de la péritonite. (*Revue des progrès thérapeutiques*, N° 6, 1934).

SCHNEIDER (E.). — Directives sur la sérothérapie dans la lutte contre la péritonite (*Presse médicale* N° 36, 1934).

VINCENT (H.). — La sérothérapie anticolibacillaire, ses résultats dans les appendicites gangréneuses graves, avec péritonite locale ou généralisée. (*Compte rendu, Académie des Sciences*, Août 1933).

WEINBERG (M.). — Sérothérapie de l'appendicite gangréneuse et de la péritonite. Indications pratiques. (*Montpellier médical*, mai 1935).

— Sérothérapie de l'appendicite gangréneuse et de la péritonite (*Comptes rendus, Académie des Sciences*, Août, 1933).

